

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Gabellon et Feusi, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 7, 8, 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 4 novembre 2016, M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], aide-vitrier auprès de l'entreprise B._____, à [...] ([...]) et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), a chuté en avant sur son épaule gauche puis a tapé le dos dans les escaliers de son immeuble sur le chemin pour se rendre au travail. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 14 novembre 2016 du service de radiologie à l'Hôpital d'[...] a mis en évidence une déchirure partielle à l'enthèse des tendons du muscle supra-épineux, et, dans une moindre mesure, à celle du muscle infra-épineux. Sur la « Feuille-accident LAA », le médecin traitant de l'assuré a régulièrement attesté la poursuite d'une totale incapacité de travail dès le 4 novembre 2016.

La CNA a pris en charge le traitement médical et a versé les indemnités journalières à compter du 7 novembre 2016.

L'assuré a déposé le 19 décembre 2016 une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) de l'assurance-invalidité. Cette démarche était motivée par une agression subie le 25 septembre 2015 et par l'accident du 4 novembre 2016.

Le 3 février 2017, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré, avec effet au 28 février 2017.

En raison de la lésion de la coiffe partielle du sus-épineux (lésion stade III selon Ellmann du côté bursal), l'assuré s'est soumis, le 15 février 2017, à une arthroscopie et une réparation de la coiffe de l'épaule gauche (protocole opératoire du 16 février 2017 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'évolution a été compliquée par une capsulite rétractile post opératoire stade II/III et la persistance d'une douleur élective de l'épaule

gauche. La durée du traitement médical après l'opération a été prolongée (rapports des 14 août, 1^{er} et 26 septembre ainsi que 14 novembre 2017, 9 février 2018 du Dr T. _____ et rapport de consultation du 27 mai 2018 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport de consultation du 27 août 2018, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, a constaté l'absence d'anomalie systématisée au status neurologique. Ce médecin n'avait pas d'explication neurologique à l'origine des plaintes persistantes de l'assuré.

Entre autres mesures d'instruction, la CNA a adressé l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à [...], où il a séjourné du 19 septembre au 9 octobre 2018. Dans un rapport de sortie du 18 octobre 2018, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X. _____, médecin-assistant, ont indiqué que, sur le plan orthopédique, les diagnostics de minime ténosynovite du long chef du biceps gauche et de tendinopathie chronique du supra-épineux et infra-épineux post opératoire avaient été posés durant le séjour. Le diagnostic de probable capsulite de l'épaule gauche n'était plus d'actualité. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; des facteurs contextuels étaient susceptibles d'influencer négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, notamment une anxiété, une kinésiophobie et un catastrophisme élevé ainsi qu'une focalisation sur la douleur associée à de nombreuses autolimitations. Sur la base des données objectives recueillies, les spécialistes de la CRR ont mis en évidence une série de limitations fonctionnelles provisoires de l'épaule gauche (pas d'activités prolongées et/ou répétitives au-dessus du plan des épaules et pas de port de charges supérieur à une moyenne de 25-35 kilos), indiquant que la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. Moyennant le suivi d'un traitement de physiothérapie et la poursuite des auto-exercices appris à la CRR, une amélioration dans le sens d'une stabilisation de l'état de santé était attendue dans un délai d'un mois.

Le 13 novembre 2018, l'assuré a été examiné pour un bilan final par la Dre W._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, laquelle a estimé que, sur le plan médical, la situation était stabilisée. Listant les limitations fonctionnelles définitives des suites de l'accident de novembre 2016 (à savoir : pas de mouvements répétés du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale ni de mouvements en porte-à-faux de l'épaule gauche, pas de port de charges supérieures à 15-20 kilos soulevées à deux mains du sol à la taille, pas de port de charges soulevées et portées à deux mains supérieures à 10 kilos de la taille aux épaules et pas de port de charges répété supérieures à 5 kilos au-dessus des points des épaules), cette médecin-conseil a, sans se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière (sans diminution de rendement) dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées. Le dommage à la santé justifiait par ailleurs l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) de 7.5 %.

Suivant l'avis de la Dre W._____, la CNA a, par courrier du 14 novembre 2018, informé l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières au 30 novembre 2018. Elle l'a par ailleurs avisé de l'examen en cours d'autres prestations d'assurance, soit en l'occurrence à une rente d'invalidité (art. 18 ss. LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]) ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss. LAA).

Le 4 décembre 2018, l'assuré a fait part de son désaccord sur ce préavis, en demandant un réexamen de son cas sur la base d'un rapport en mains du Dr T._____.

Dans un rapport du 28 décembre 2018 au médecin traitant (pièce 173), le Dr T._____ a posé les diagnostics de status post arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation de la coiffe (le 15 février 2017) et de capsulite rétractile post opératoire stade III. Au terme de sa consultation du 20 décembre 2018, ce praticien a noté une amélioration

au niveau de la mobilité de l'épaule gauche, avec la persistance de douleurs cotées entre 3 et 4 sur 10 au repos et jusqu'à 6-7 sur 10 après des activités. Son rapport se conclut comme suit :

“Discussion :

Le patient se plaint de douleurs persistantes avec fatigue et impossibilité d'effectuer des gestes répétitifs et plus physiques raison pour laquelle j'ai encore demandé une arthro-IRM de l'épaule gauche afin d'établir l'état de la coiffe et je reverrai le patient avec les résultats.”

Par décision du 19 février 2019, la CNA a refusé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au motif qu'après comparaison des revenus sans (61'295 fr.) et avec (60'665 fr. 37) invalidité, et moyennant la prise en compte d'un abattement de 10 % lié aux limitations fonctionnelles, il en résultait un degré d'invalidité de 1 %. Elle a exposé que selon ses investigations médicales, en dépit des seules séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas mettre trop à contribution son épaule gauche, une telle activité étant exigible la journée entière. La CNA a par contre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7.5 %, d'un montant de 11'115 fr. ([148'200 fr. x 7.5] / 100), versée le même jour.

Le 28 février 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision, en demandant un réexamen de son dossier sur la base d'un nouveau rapport en mains du Dr T._____. Il a contesté la stabilisation de son épaule gauche.

Dans un rapport du 7 mars 2019 au médecin traitant (pièce 189), consécutif à une arthro-IRM de l'épaule gauche du 4 janvier 2019, le Dr T._____ s'est notamment exprimé comme suit :

“J'ai communiqué le résultat de l'arthro-IRM à M. M._____. L'IRM est rassurante, il [recte : elle] montre une quasi-consolidation complète de la coiffe réparée avec une bonne trophicité musculaire. Je n'ai donc pas d'explication concernant les douleurs et l'impotence fonctionnelle ressenties par le patient. D'un point de vue théorique, il y a un potentiel pour une amélioration au niveau de la mobilité et de la force musculaire ainsi que l'endurance ; cependant les gênes

principales du patient sont des douleurs et à l'heure actuelle il est difficile de se prononcer sur le pronostic. Malheureusement d'un point de vue orthopédique, je n'ai rien de particulier à proposer au patient ce que j'avais déjà constaté dans mon rapport du 9.2.2018.

Il n'y a pas de contrôle ultérieur prévu chez moi."

Le 30 avril 2019, complétant son opposition, l'assuré a demandé le réexamen de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à défaut d'une rente, la poursuite de la prise en charge des frais de traitement et le versement des indemnités journalières par la CNA. Il a contesté bénéficier d'une capacité de travail dans l'industrie légère compte tenu de son état de santé déficient. Il a indiqué présenter d'autres atteintes à la santé que ses douleurs d'épaule (en l'occurrence, une opération du tendon d'Achille, une chirurgie reconstructive au visage, au nez et à la mâchoire consécutives à une agression subie le 25 septembre 2015) et a remis en ce sens deux rapports médicaux des 12 et 13 octobre 2015 de l'Hôpital de [...], à [...] (pièces 193 et 194), ainsi qu'un « résumé des problèmes actuels » du 7 mars 2018 de la Dre D._____, généraliste et médecin traitant (pièce 197).

Le 14 mai 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 19 février 2019.

B. Par acte du 5 juin 2019, M._____, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation. Il se plaint de l'instruction médicale de son dossier par l'autorité intimée, opposant l'avis du Dr T._____. Il fait valoir en substance la persistance de « fortes douleurs » qui l'empêchent de travailler, même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la CNA. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par le tribunal.

Dans sa réponse du 10 juillet 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle a produit son dossier complet.

Une copie de cette écriture a été communiquée au recourant pour information le 12 juillet 2019.

Le 4 septembre 2019, ce dernier a spontanément produit des pièces médicales déjà au dossier de la CNA, dont celle-ci a reçu une copie pour information le 10 septembre 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 14 mai 2019, à mettre fin à ses prestations (à savoir la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières) au 30 novembre 2018 en lien avec l'accident du 4 novembre 2016, respectivement à refuser à l'assuré le droit à la rente compte tenu d'une perte de gain de 1 % après comparaison des revenus.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Le litige porte d'abord sur la stabilisation de l'état de santé du recourant en lien avec l'accident du 4 novembre 2016, celui-ci contestant quel tel soit le cas.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci

peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

e) En l'espèce, il convient de préciser d'emblée que les troubles consécutifs à l'agression subie le 25 septembre 2015, mentionnés par le médecin traitant le 7 mars 2018, ne relèvent pas de la

responsabilité de la CNA dès lors qu'il ne s'agit pas d'un événement pris en charge par cette institution.

S'agissant des suites du traumatisme de l'épaule gauche subi lors de l'accident du 4 novembre 2016 (pour rappel, une lésion de la coiffe partielle du sus-épineux [lésion stade III selon Ellmann du côté bursal]), opéré le 15 février 2017, les Drs Z._____ et X._____ de la CRR ont posé les diagnostics de minime ténosynovite du long chef du biceps gauche et de tendinopathie chronique du supra-épineux et infra-épineux post opératoire, avec la précision que la probable capsulite diagnostiquée n'était plus d'actualité. Ils ont constaté que la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical en ce sens qu'une stabilisation était attendue dans un délai d'un mois. Ces spécialistes ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires de l'épaule gauche (pour rappel : pas d'activités prolongées et/ou répétitives au-dessus du plan des épaules et pas de port de charges supérieur à une moyenne de charge entre 25-35 kilos) et ont relevé par ailleurs que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; à leur sens, des facteurs contextuels étaient susceptibles d'influencer négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, notamment une anxiété, une kinésiophobie et un catastrophisme élevé ainsi qu'une focalisation sur la douleur associée à de nombreuses autolimitations (rapport de sortie du 18 octobre 2018 des Drs Z._____ et X._____). Ces éléments ont par la suite été corroborés par la médecin-conseil de la CNA (la Dre W._____) au terme de son examen final du 13 novembre 2018. Sur la base de ses propres constatations cliniques, cette praticienne et médecin d'arrondissement a confirmé que la situation était stabilisée sur le plan médical. La Dre W._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale ni de mouvements en porte-à-faux de l'épaule gauche, pas de port de charges supérieures à 15-20 kilos soulevées à deux mains du sol à la taille, pas de port de charges soulevées et portées à deux mains supérieures à 10 kilos de la taille aux épaules et pas de port de charges répété supérieures à 5 kilos au-dessus des points des épaules. Elle s'est toutefois distancée de ses

confrères de la CRR qui n'avaient pas tenu compte du fait que l'assuré présentait une épaule opérée sans port de charges de manière répétée contre-indiquant la reprise de l'activité habituelle (rapport d'examen final du 13 novembre 2018 de la Dre W._____).

A la lecture des rapports dont il se prévaut, il convient de constater que le recourant n'amène aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause l'évaluation de sa capacité de travail par les médecins de la CRR, respectivement par la Dre W._____. Le 20 décembre 2018, le Dr T._____ a en effet fait état d'une amélioration de la mobilité de l'épaule gauche depuis son dernier contrôle au mois de février 2018, l'assuré se plaignant toutefois de douleurs persistantes avec fatigue et impossibilité d'effectuer des gestes répétitifs et plus physiques (rapport du 28 décembre 2018 du Dr T._____). Dans son appréciation médicale du 7 mars 2019, le Dr T._____ a précisé que l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 4 janvier 2019 était rassurante puisqu'elle mettait en évidence une « quasi-consolidation complète de la coiffe réparée avec une bonne trophicité musculaire ». Face à un tel constat, ce chirurgien a expliqué qu'il n'avait pas d'explication concernant les douleurs et l'impotence fonctionnelle ressenties par l'intéressé. Enfin, d'un point de vue orthopédique, il a précisé ne pas avoir de traitement particulier à proposer.

Ainsi, sur le plan médical, les constatations de la Dre W._____ au terme de son examen final du 13 novembre 2018 - intégralement partagées et reprises par la CNA dans sa décision - et dont les conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux au dossier, ont pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Il convient donc de se rallier à ces constatations et conclusions et de retenir, avec la CNA, que le cas est stabilisé au 30 novembre 2018. L'assuré étant en mesure d'exercer une activité adaptée à son atteinte au membre supérieur gauche depuis le 1^{er} décembre 2018, il y a lieu de passer à l'examen du droit à la rente.

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

b) En l'occurrence, la stabilisation du cas au 30 novembre 2018 ouvre le droit au recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité dépasse 10 %. Il s'agit dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par celui-ci.

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

d) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

e) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé

avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité. Vérifié d'office, le montant retenu, de 61'295 fr., calculé sur la base du contrat de travail du 1^{er} octobre 2016 et ses annexes transmis le 31 octobre 2018 à la CNA par l'assuré (pièces 158 et 159 ; cf. la fiche de calcul du taux d'invalidité du 17 janvier 2019 [pièce 176]), peut être confirmé.

f) Lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimée dans sa décision en tant que revenu hypothétique d'invalidité l'est sur la base des données de l'ESS, procédé que le recourant ne conteste pas au demeurant ; le revenu avec invalidité exigible pour 2018 est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) soit, en 2016, 5'340 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'566 fr. 95 (5'340 fr. x 41,7 / 40), ce qui donnerait un salaire annuel de 66'803 fr. 40. Ce montant

doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2016 à 2017 et de 2017 à 2018 (respectivement + 0.4 % et + 0.5 % ; site de l'OFS), ce qui donne un revenu de 67'405 fr. 97 auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services).

Le montant résultant des données statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

La CNA a procédé de la sorte en retenant que les limitations fonctionnelles liées au handicap justifiaient la prise en compte d'un abattement de 10 % sur le revenu hypothétique d'invalidité. En l'absence de grief de la part du recourant sur ce point, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'abattement tel qu'effectué par l'autorité intimée.

Tenant compte d'un abattement de 10 %, le revenu hypothétique avec invalidité pour 2018 s'élève en conséquence à 60'665 fr. 37.

g) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 61'295 fr. avec un revenu d'invalidité de 60'665 fr. 37 aboutit à un degré d'invalidité de 1 %, taux inférieur à 10 % qui n'ouvre dès lors pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, comme l'a retenu à juste titre l'intimée.

5. L'administration de preuves supplémentaires - singulièrement la mise en œuvre d'une expertise médicale (orthopédique) - ne serait pas

de nature à modifier les considérations qui précèdent, la Cour s'estimant suffisamment renseignée pour statuer en connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence) ; la réquisition formulée dans ce sens par le recourant doit ainsi être écartée.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au recourant - au demeurant non assisté des services d'un mandataire qualifié pour la défense de ses intérêts - au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 14 mai 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :